LA N° 5

NÉVRALGIE FACIALE DOUBLE

(SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 novembre 1898

PAR

Jean RAUZIER

Né au Pont-de-Montvert (Lozère), le 27 février 1873

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET (✻), *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	GALAVIELLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

J. RAUZIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GRASSET

A M. le Professeur-agrégé RAUZIER

A tous les Maîtres de cette Faculté

J. RAUZIER.

AVANT-PROPOS

Et maintenant qu'est venu pour nous le moment de quitter cette Faculté, il est de notre devoir de remercier tous les Maîtres de cette Ecole, de leur enseignement et de leurs conseils. Le peu que nous savons, c'est à eux que nous le devons. Nous leur en sommes reconnaissant et nous tâcherons de nous en servir du mieux possible pour nous perfectionner dans l'art si difficile de la médecine.

Parmi ces Maîtres :

Que M. le professeur Grasset reçoive nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire de présider notre thèse.

Nous n'aurons garde d'oublier M. le professeur-agrégé Lapeyre, et nous tenons à lui dire, ici, que nous n'oublierons pas les leçons que nous avons reçues de lui, et les relations aimables qu'il a bien voulu avoir avec nous.

Enfin M. le professeur-agrégé Rauzier, notre cousin, notre conseiller, notre Maître, sait quels sont nos sentiments à

son égard. Nous savons qu'à lui nous devons beaucoup et nous saurons ne jamais l'oublier.

Avant de terminer cet avant-propos, à nos amis nous adressons un adieu plein du regret de les quitter, et si quelquefois, plus tard, aux heures de loisir, leur esprit s'égare jusqu'à revivre ces années de Faculté, nous aimons à croire que nous aurons notre place dans ces souvenirs, comme ils auront la leur dans les nôtres.

INTRODUCTION

Si la névralgie faciale unilatérale est d'observation courante et a donné lieu à une multitude de travaux qui ne laissent rien à écrire sur la question, il n'en est pas de même de la névralgie faciale double. Les auteurs qui ont traité des maladies nerveuses se sont contentés d'une simple mention en ce qui concerne ce syndrome morbide.

Ce fait, d'une part, et la communication par M. le professeur-agrégé Rauzier, de deux cas de névralgie symétrique du trijumeau, nous ont engagé à essayer de présenter sur ce point spécial de pathologie nerveuse, une revue générale. Cette revue paraîtra un peu courte; nous donnerons, comme excuse, la pauvreté de la littérature médicale sur la question.

En parcourant les quelques chapitres de ce travail, et en lisant les deux intéressantes observations inédites que nous y publions, on se rendra compte de la lumière que peut faire sur le diagnostic d'une maladie générale, jusque-là passée inaperçue, la notion de symétrie des névralgies.

A ce point de vue séméiologique, la prosopalgie double n'est pas seule digne d'intérêt, et dans une certaine mesure on pourrait dire que ce n'est pas tant le siège de la névralgie qui importe que sa forme bilatérale.

C'est ainsi que les sciatiques doubles, dont les relations avec les maladies de la moelle sont connues depuis longtemps,

ont une grande valeur diagnostique ; de même, les névralgies intercostales, iléo-lombaire symétriques, ont, pour le clinicien, une grosse importance dans l'établissement du diagnostic.

Syphilis, diabète, goutte, paludisme, et probablement la plupart des maladies diathésiques ou toxi-infectieuses, peuvent, un moment ou l'autre, devenir facteurs de névralgies bilatérales de la face. Nous les passerons successivement en revue dans notre chapitre d'étiologie.

Comme avant de formuler un diagnostic étiologique précis et avant d'instituer une thérapeutique appropriée, il est bon de s'assurer de la véracité du diagnostic clinique, lequel, en l'espèce, peut présenter quelque difficulté, nous avons cru bon de rappeler avec quelles maladies on confond quelquefois la névralgie faciale double.

Enfin, avant de conclure, il nous a paru intéressant de présenter, dans une vue synthétique, les névralgies symétriques de l'organisme, autant pour montrer les points d'attache de ce travail, que pour en tirer une manière de philosophie.

LA

NÉVRALGIE FACIALE DOUBLE

(SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE)

DÉFINITION

Sous le nom de *névralgie faciale double,* nous entendons les affections douloureuses ayant pour siège les deux nerfs trijumeaux et pour cause une lésion développée, soit dans les origines, soit dans le trajet de ces cordons nerveux.

Dans notre étude, nous ne ferons pas de différence entre la névralgie proprement dite et la névralgie-névrite, voulant rester sur le terrain clinique sans entamer le côté anatomo-pathologique de la question.

Ces précautions préliminaires une fois prises, passons en revue les causes susceptibles de produire ce syndrome morbide.

ÉTIOLOGIE

Deux parties d'inégal intérêt se rangent dans ce chapitre : 1° celle qui a trait aux causes prédisposantes et efficientes, dont l'énumération ne diffère pas sensiblement des causes banales des névralgies en général ; 2° celle qui se rapporte aux circonstances spéciales déterminant la forme double de la névralgie.

Il faut bien dire, du reste, que si ce deuxième paragraphe est le plus intéressant, il est aussi le plus difficile à écrire. Nos observations démontrent aisément que certaines maladies générales produisent *plus souvent que d'autres* des névralgies bilatérales ; mais il est impossible, à l'heure actuelle, de savoir pourquoi, dans certains cas, ces névralgies sont simples ; pourquoi, dans d'autres, elles affectent une forme symétrique.

Les névralgies faciales peuvent avoir une origine centrale ou une origine périphérique. Par la dénomination de centrale, nous entendons toutes les névralgies ayant leur point de départ dans les parties du système nerveux renfermées dans la cavité crânienne, et comprenant, par conséquent, les noyaux d'origine et les racines qui en partent tant qu'elles n'ont pas franchi la base du crâne. C'est ainsi qu'une névralgie par lésion du ganglion de Gasser ou par altération bulbo-protubérantielle sera dite névralgie d'origine centrale.

Les névralgies périphériques sont celles qui trouvent leur cause au-delà de la boîte crânienne.

Cette division a plus d'importance au point de vue didactique qu'au point de vue clinique ; car distinguer les phénomènes douloureux qui partent des noyaux gris centraux de ceux qui ont leur siège dans les branches nerveuses elles-mêmes est chose souvent impossible.

Cependant, en se tenant sur le terrain de l'étiologie pure, il est bon de se demander quelles causes morbides peuvent frapper les trijumeaux depuis leurs origines réelles jusqu'aux points de terminaison de leurs branches.

Et on nous permettra ici de rappeler, dans un coup d'œil rapide, la grosse anatomie de cette paire nerveuse.

Le trijumeau naît sur la face inféro-externe de la protubérance, par deux racines, l'une sensitive, l'autre motrice. La première nous occupera seule.

Composée seulement de fibres sensitives, elle se dirige vers la face antérieure du rocher pour aboutir au ganglion de Gasser. De ce ganglion partent les trois branches terminales, désignées, d'après leurs territoires d'expansion, sous les noms de nerf ophtalmique, nerf maxillaire supérieur, nerf maxillaire inférieur.

Les origines réelles sensitives du trijumeau présentent une certaine complexité. Quelques-unes se trouvent dans la substance grise du cervelet ; d'autres dans cette région du quatrième ventricule qu'on appelle *locus cæruleus ;* les plus importantes enfin sont échelonnées sur une longue colonne de cellules nerveuses, représentant dans le bulbe la corne postérieure de la moelle, et comprise entre le tubercule cendré de Rolando en bas et le *locus cæruleus* en haut.

La racine motrice a naturellement des origines bien différentes sur le prolongement des cornes antérieures de la moelle et, si anatomiquement, elle est accolée à la grosse racine

sensitive, en physiologie pathologique, on peut dire qu'elle n'a avec elle aucun rapport.

Depuis le neurone central bulbaire jusqu'à l'extrémité des prolongements cellulaires dans la peau de la tête et de la face, le trajet est long, et multiples sont les causes qui peuvent agir pour troubler le nerf dans son fonctionnement.

Poliencéphalite altérant les cellules centrales, plaques de méningite situées symétriquement sur le trajet des cordons nerveux et les comprimant, inflammation bilatérale des troncs sensibles, tout cela peut entrer dans la genèse des névralgies doubles de la face. Quelle est la cause morbigène la plus fréquente ? On ne saurait trop le dire.

Si on compare ces névralgies avec celles qui se produisent dans les zones plus inférieures de la moelle, il n'est pas difficile de voir que presque toujours on invoque pour expliquer ces dernières, une altération centrale. Les sciatiques doubles, les névralgies intercostales doubles, les névralgies iléo-lombaires doubles, sont adéquates à l'idée de méningo-myélite et partagent toutes un pronostic d'une gravité exceptionnelle, au moins dans la grande majorité des cas.

Le bulbe n'étant, somme toute, que la partie intracrânienne de la moelle, on est autorisé, ce nous semble, à accepter cette pathogénie. Mais où les deux variétés de névralgie diffèrent entièrement, c'est en ce qui concerne leur gravité et conséquemment leur support anatomique. Autant les sciatiques doubles, pour prendre un exemple classique, doivent éveiller dans l'esprit des cliniciens des inquiétudes au sujet de l'avenir des malades qui en sont porteurs ; autant les névralgies faciales doubles, du moins celles publiées jusqu'à ce jour, doivent faire porter un pronostic bénin.

Dès lors il est probable que si des portions homologues du névraxe sont atteintes dans les deux cas, elles le sont d'une

façon fort différente. Le processus morbide, quel qu'il soit, profond et grave dans un cas, est irritatif et superficiel dans l'autre.

Enfin, si nous avons jusqu'ici voulu faire une physiologie pathologique comparée entre les névralgies crâniennes et les névralgies spinales, nous n'en devons pas moins ajouter que cette loi d'altération des centres dans les névralgies doubles n'est pas une loi fatale, et que les agents morbides peuvent aussi bien frapper les branches périphériques symétriques d'une même paire nerveuse.

Cette façon de comprendre le mécanisme de production des névralgies doubles crâniennes peut même paraître à quelques-uns plus naturelle dans une région où les noyaux d'origine, comme les points d'émergence de deux nerfs symétriques, sont à une certaine distance les uns des autres.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas qualité pour trancher cette question ; il nous suffira de présenter ici une vue d'ensemble de cette étiologie encore hypothétique, quitte à y revenir en détail au sujet de chaque maladie.

Etiologie générale. — La plupart, nous n'osons pas dire toutes les névralgies faciales doubles, sont symptomatiques. Sur un terrain préparé par un tempérament nerveux héréditaire ou acquis (hystérie, neurasthénie, etc.) viennent agir les maladies infectieuses, toxiques ou constitutionnelles, pour développer les névralgies. L'infection agit par ses toxines, les états diathésiques par des modifications humorales d'ordre chimique, si bien qu'en dernière analyse toute névralgie est produite par une influence toxique. La substance toxique provoquerait, soit en agissant à la périphérie sur les branches nerveuses, soit en imprégnant les cellules centrales d'où les nerfs tirent leur origine, des modifications plus ou moins profondes du tissu nerveux. Ces modifications peuvent être sensibles à l'observa-

tion microscopique ou invisibles. On dira, dans le premier cas, qu'il y a névrite ; dans le second, qu'il y a névralgie.

Si on ne trouve pas dans la suite de ce travail justification complète de cet énoncé étiologique, du moins nous aurons essayé d'en tracer le cadre, qui se remplira certainement à mesure que les observations de névralgies faciales doubles seront plus nombreuses.

SYPHILIS

La base du cerveau est sans contredit un des terrains de prédilection de la syphilis. Moteurs ou sensitifs, tous les nerfs crâniens peuvent être atteints par elle. Cependant, tandis que les uns, tels que les nerfs moteurs de l'œil, sont ses victimes habituelles, d'autres, au contraire, comme le trijumeau, sont le plus souvent respectés.

Pourquoi cela ? Le nerf trifacial, comme nous l'avons vu plus haut, a des racines multiples, des branches d'expansion qui innervent toute la face, un trajet intracrânien qui est long et l'expose aux compressions des syphilomes de la base. A quoi doit-il d'être beaucoup moins souvent atteint que les paires motrices de l'œil, par exemple ? Il est difficile de le dire.

Prosper Yvaren est un des premiers auteurs qui aient rapporté des cas de névralgie faciale d'origine syphilitique. Léon Gros et Lancereaux ont réuni 8 observations de névralgies faciales syphilitiques (1861). Zambacco rapporte deux faits de même nature. Enfin, de nos jours, les traités classiques admettent une névralgie faciale produite par la syphilis. Mais, nulle part, sauf dans le livre de Fournier : *La syphilis chez la femme*, on ne trouve d'indications précises au sujet de la forme

double de cette névralgie. Dans plusieurs (Mauriac, Jullien) ce nom n'est même pas prononcé.

La névralgie trifaciale symétrique peut survenir aux périodes secondaire et tertiaire de la syphilis, beaucoup plus fréquemment dans la seconde période.

Il va sans dire que, selon le moment de l'infection, le processus lésionnel est différent.

Quand la névralgie survient dès le début des exanthèmes secondaires, on admet que le poison syphilitique, par l'imprégnation du tissu nerveux, abstraction faite de toute altération anatomique, est un agent pathogène suffisant. La toxine peut porter ses coups sur les cellules nerveuses d'origine ou sur les troncs nerveux.

Si la névralgie apparaît à un âge plus avancé de l'affection, au moment où les accidents cérébraux et médullaires ont leur maximum de fréquence, elle ressortit à d'autres causes anatomiques.

La syphilis peut frapper directement et d'emblée les nerfs trijumeaux eux-mêmes, en y déterminant la production de gommes ; ou bien, secondairement, par compression, en développant des exostoses, des gommes dans leur voisinage.

Ces lésions et ces processus sont, aujourd'hui, parfaitement connus ; il n'en est pas de même des lésions qui portent sur les noyaux d'origine des nerfs, lésions fugaces, puisqu'elles guérissent le plus souvent ; très localisées, puisqu'elles peuvent prendre une ou deux branches d'un nerf et laisser les autres intactes. Ont-elles leur point de départ dans les artères et dépendent-elles, alors, d'un simple trouble d'irrigation sanguine, par spasme ou endartérite oblitérante ? Nous restons dans le doute à ce sujet.

Que les nerfs soient atteints par la syphilis ou par une autre

cause morbide, ils expriment leurs souffrances à peu près de la même façon. Les troubles apportés par la maladie dans les nerfs trijumeaux ne diffèrent pas, ici, de ce qu'ils sont ailleurs : douleurs permanentes avec exaspérations intermittentes, troubles vaso-moteurs et trophiques, affectant soit la totalité des deux nerfs, soit seulement deux branches symétriques, voilà leurs gros caractères cliniques. Les douleurs peuvent acquérir le même degré d'intensité, passer par les mêmes phases d'atténuation et d'exaspération, disparaître, récidiver, sans que ces circonstances présentent rien de caractéristique. Leur recrudescence, pendant la nuit, s'observe fréquemment ; mais si elle est assez marquée, quelquefois, pour faire soupçonner la nature de l'affection, elle n'en est pas une preuve absolue. L'essai thérapeutique est, ici, la meilleure pierre de touche ; on verra survenir très rapidement, par l'emploi du mercure et de l'iodure, une amélioration sensible ou la guérison.

Les névralgies doubles comportent, en général, un pronostic fâcheux, parce qu'elles dépendent ordinairement d'une lésion du névraxe ; mais nous avons démontré plus haut que la gravité du pronostic dépend de l'époque de la syphilis à laquelle on observe ces accidents.

Si c'est au moment de l'éclosion des accidents secondaires, et nos deux observations ressortissent à cette catégorie, ces névralgies sont sans gravité et disparaissent rapidement avec les autres troubles constitutionnels de cette période. Si, au contraire, ces névralgies surviennent à la période secondo-tertiaire, ou dans une phase plus avancée du tertiarisme, elles ont une signification bien autrement préoccupante, car alors, il ne s'agit plus d'une lésion légère d'un tronc ou d'un noyau nerveux, mais d'une atteinte méningée, osseuse ou artérielle.

Pour le diagnostic, comme pour le pronostic, il faut, avant tout, considérer la période de l'infection où on observe la

névralgie. Quand elle accompagnera l'exanthème de la période secondaire, on n'ira pas diagnostiquer une gomme cérébrale ou une périostite.

Si on est appelé auprès d'un malade en tertiarisme, le diagnostic est moins aisé. Il est certain qu'il ne peut être posé de par le seul examen des symptômes que présente le malade, s'il nie la syphilis. Une tumeur quelconque intra-cérébrale ou crânienne peut, au même titre qu'un néoplasme spécifique, produire une névralgie double ; mais tout s'éclairera par l'évolution de la maladie et par l'influence du traitement mixte.

Les fibromes de la dure-mère, l'endothéliome et tout autre néoplasme ont une évolution graduelle, lente et toujours progressive, au lieu que la néoplasie syphilitique se circonscrit rapidement et reste stationnaire. Si le thérapeute intervient en ordonnant à propos le mercure et l'iodure, il voit l'intensité des douleurs décroître très rapidement, ce qui rend incontestable la nature syphilitique de l'affection.

Là se bornent les notions que donnent l'analyse clinique et l'épreuve médicamenteuse, et on reste ignorant du point de départ et du siège. La dure-mère, le tissu osseux, une gomme méningée peuvent produire même syndrome. Cependant, comme les exostoses siègent le plus souvent sur la voûte du crâne, on arrivera par élimination aux diagnostics de néoplasies méningées symétriques ou de névrites proprement dites.

D'une façon générale et pour conclure, on peut donc dire que les névralgies doubles de la face se rencontrent aux périodes de début, comme aux âges les plus avancés de la syphilis, que bénignes au début, où il s'agit d'une imprégnation nerveuse toxique, elles deviennent très graves aux périodes plus tardives, caractérisées par les formations néoplasiques.

Le traitement mixte est d'une efficacité rapide et complète aux premiers moments de l'infection ; à un stade plus avancé, les résultats seront plus aléatoires, et il n'aura souvent d'au-

tre effet que d'empêcher l'éclosion de nouveaux symptômes nerveux.

Les deux observations que nous publions ci-dessous rentrent dans le premier groupe. Les malades dont il s'agit ont été observés à l'époque des exanthèmes secondaires, et ils ont été rapidement guéris de leurs névralgies par un traitement mixte judicieusement ordonné.

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature médicale, d'observation de névralgies faciales doubles à la période tertiaire de la syphilis.

Observation première

(Inédite)

Communiquée par M. le professeur-agrégé Rauzier.

Le nommé D..., âgé de 23 ans, vient me trouver dans mon cabinet, le 30 juillet 1891, accompagné d'un de ses parents.

Il se plaint d'éprouver, depuis un mois, de vives douleurs dans la région frontale et sus-orbitaire des deux côtés, surtout à gauche. Ces douleurs, d'une violence extrême, continues et accompagnées de *paroxysmes nocturnes,* sont exagérées par la pression et l'action de la lumière ; il existe du larmoiement lors des paroxysmes ; mais il ne s'est jamais produit d'éruption zostérienne dans la région douloureuse.

Le malade, qui appartient à une famille de nerveux et dont un frère est dément, n'accuse aucune maladie antérieure : il nie le rhumatisme, le paludisme, repousse avec indignation l'hypothèse d'une syphilis, et insiste, en se fondant sur l'existence d'odontalgies antérieures, sur l'origine dentaire des accidents.

L'examen direct révèle l'existence des points douloureux classiques sur le trajet de la branche ophtalmique des deux côtés ; rien d'analogue dans le domaine des branches maxillaires supérieures et maxillaires inférieures. Les troubles trophiques font défaut ; par contre, on note des troubles vasomoteurs (rougeur et tuméfaction) très accentués à la moindre pression de la région frontale. A la demande expresse du malade, l'exploration est limitée à la partie douloureuse.

Le diagnostic porté est celui de *névralgie trifaciale (branche ophtalmique) bilatérale, d'origine suspecte.* Je prescris au malade des pilules d'aconitine et des cachets de bromhydrate de quinine, en le prévenant qu'il s'expose, en restreignant les investigations, à réaliser un traitement insuffisant.

Quatre jours après, le jeune malade revient à ma consultation, seul cette fois et plus dolent encore que naguère. Convaincu de l'inefficacité des vulgaires calmants et prévenu par mon précédent interrogatoire de l'origine possible des accidents, il avoue sans hésitation avoir eu un chancre deux ou trois mois auparavant. Je constate, en effet, la cicatrice indurée d'un chancre infectant ; il existe, de plus, une roséole généralisée, maculeuse et de teinte foncée, des engorgements ganglionnaires multiples, quelques plaques muqueuses sur la lèvre inférieure gauche. Le sujet prétend n'avoir découvert sa roséole qu'en pratiquant, le soir du jour de sa première visite, un examen minutieux de sa personne, en rapport avec les questions qui lui avaient été posées.

Soumis à un traitement mercuriel (pilules de Dupuytren), le malade n'est point encore amélioré au bout de huit jours. Je l'engage, dès lors, à remplacer pendant une dizaine de jours les pilules par des frictions à l'onguent napolitain et, peu de jours après, son médecin m'annonce la disparition des douleurs névralgiques.

Observation II

(Inédite)

Communiquée par M. le professeur-agrégé Rauzier.

J'étais appelé en consultation, il y a quelques années, auprès d'un jeune homme de 30 ans, malade depuis 45 jours. Antérieurement bien portant, simplement atteint d'une angine grave dans son enfance, le sujet avait présenté tout d'abord un état fébrile particulier pendant 15 jours ; la fièvre dépassait habituellement 39° le soir, disparaissait entièrement chaque matin. En même temps que l'hyperthermie, on me signalait des douleurs assez vives alternativement de l'un ou de l'autre côté du crâne, quelquefois occupant simultanément les deux ; ces douleurs étaient modérées et à *prédominance nocturne*. Au bout de 15 jours, et peut-être sous l'influence de la médication quinique, justifiée peut-être par la notion d'un voyage récent aux colonies réalisé par le malade, la fièvre tomba. L'apyrexie subsiste 8 jours, puis la fièvre reprend, très modérée d'ailleurs, mais toujours intermittente. La névralgie, toujours persistante, subit alors une violente recrudescence ; elle devient progressivement atroce et l'entourage craint pour la raison du patient. Les nuits sont particulièrement horribles, et quand je vois le malade, il n'a pas dormi un seul instant depuis une semaine, malgré l'emploi incessant des meilleurs hypnotiques.

La douleur n'est point limitée à la région crânienne ; elle présente des irradiations vers le bras et le cou, ce qui la distingue d'une simple céphalée et souligne son caractère névralgique.

Le malade accuse encore un peu d'ardeur à la gorge, quel-

ques troubles digestifs, de la diarrhée ; aucun symptôme respiratoire ou circulatoire. La sécrétion est normale, et les urines, examinées, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Tous ces détails me sont fournis par le médecin traitant, au cours de l'entretien prémonitoire. Mon confrère, instruit et expérimenté, s'est préalablement enquis de tout ce qui peut se rapporter au diabète, à la malaria, à la syphilis. Pour ce qui est de cette dernière, le malade a opposé une fin de non-recevoir absolue à toutes les questions qui lui ont été posées ; il a nié tout rapport suspect avec une fermeté et une franchise d'allures qui fit partager sa conviction négative à mon confrère, son ami d'enfance

A l'examen, je constate la présence de points douloureux orbitaires des deux côtés et l'intégrité de tous les grands appareils de l'économie. Peu soucieux des allégations du malade, uniquement désireux de m'éclairer, je porte en tous sens mes investigations et finis par retrouver une double cicatrice indurée de chancre préputial, une pléïade ganglionnaire dans l'aine gauche, quelques plaques muqueuses sur l'amygdale droite, et un état tigré de la peau, reliquat d'une roséole à son déclin.

Aux négations du malade j'opposai sans grand mérite une affirmation formelle, avec dates à l'appui ; et il finit par avouer, non pas un « coït » remontant à cette époque, mais des contacts extragénitaux pratiqués à la date fixée, et jusqu'alors non avoués par lui, parce qu'il les jugeait inoffensifs.

Pour des motifs extra-médicaux nous eûmes recours aux injections de calomel ; le malade y joignit des cachets contenant de la quinine, de l'antipyrine et de l'extrait thébaïque, et la névralgie disparut en quelques jours.

L'année suivante, le traitement ayant été délaissé, le malade a présenté de l'*artérite cérébrale précoce ;* après une phase

prodromique caractérisée par des vertiges, une céphalée légère et de la sommnolence, il a été pris brusquement d'une *hémiplégie gauche,* dont un traitement spécifique intensif l'a entièrement délivré en quelques semaines.

II. — TABES

Si nous décrivons dans un chapitre à part les névralgies doubles d'origine tabétique, c'est pour respecter les habitudes traditionnelles qui n'ont pas encore inféodé complètement le tabes à la syphilis. Aussi bien, ce chapitre pourrait-il n'être qu'un paragraphe du précédent.

Le tabes est une affection systématique des cordons postérieurs sensitifs de la moelle. La lésion peut naître en un point quelconque de ce système, aussi bien dans les zones radiculaires postérieures de la moelle, que dans les régions du cerveau qui en sont la continuation ou au moins l'homologue. Or, le nerf trijumeau doit être considéré comme formé dans ses origines par le prolongement des cornes postérieures de la moelle ; il n'est donc pas étonnant qu'il soit quelquefois pris dans les tabes supérieurs.

Tout au plus pourrait-on nous objecter que les douleurs fulgurantes ne doivent pas entrer nosologiquement dans le groupe des névralgies ; et cependant si cette objection est fondée en ce qui concerne les douleurs fulgurantes de certains malades, conserve-t-elle sa valeur dans ces douleurs continues, persistantes, avec quelques exacerbations, douleurs fixes, non mobiles, s'accompagnant d'hyperesthésie ou d'anesthésie douloureuse de la peau ?

Du reste, en groupant ces douleurs sous la rubrique de

névralgies, nous ne faisons que suivre l'exemple de Pierret, dans sa thèse fort remarquable, sur les symptômes céphaliques du tabes.

Ces douleurs névralgiques bilatérales siègent plutôt dans les sphères supérieures du trijumeau, le plus souvent autour des orbites ou à la racine du nez.

Dans la grande majorité des cas, ces névralgies ont une origine centrale et dépendent de la sclérose bulbaire ; cependant cette règle n'est pas absolue, et Dejerine (1) a trouvé quelquefois des lésions strictement limitées au nerf.

Notre sujet devant se borner à la valeur séméiologique des névralgies trifaciales, nous nous écarterions du plan que nous nous sommes tracé en parlant des anesthésies, des hyperesthésies, des troubles de la mastication, qui ont encore leur raison anatomique dans le domaine du trijumeau.

Il nous suffira de faire remarquer que l'atteinte fonctionnelle de ce nerf, pour revêtir une autre forme, conserve la même valeur séméiologique et doit toujours faire penser à une inflammation chronique siégeant dans le bulbe en des points comparables aux régions sensibles de la moelle.

On trouvera de très beaux exemples de névralgies doubles de la face dans les observations suivantes, tirées de la thèse de Pierret (2) :

Observation III

(*In* thèse de Pierret)

M. X..., loueur de voitures, 30 ans, bien constitué, ayant eu la syphilis, vient consulter M. Charcot en 1870. Douleurs

(1) Dejerine, *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences,* 1883.

(2) Pierret, thèse de Paris, 1876.— Voir aussi thèse Guibal. Montpellier, 1898.

fulgurantes dans les membres, affaiblissement de la vue ; avait de la peine à fixer les objets. Pas de diplopie.

Bientôt après, il éprouve au sommet de la tête et de chaque côté du front, des douleurs aiguës, rapides, exactement comparables à celles qu'il ressent dans les membres. Il éprouve aussi des douleurs orbitaires tellement intenses, qu'il lui semble qu'on lui arrache les yeux. En 1874, vue faible, presque nulle, atrophie blanche des deux papilles. Douleurs fulgurantes dans les membres ; celles de la face ont disparu.

Observation IV

(*In* thèse de Pierret ; Paris, 1876)

Début par des douleurs fulgurantes dans les membres ; six mois plus tard, dans le cou, la tête, l'œil droit. Anesthésie de la face. Anesthésie de la surface cutanée.

Rousseau (Reinette), sans antécédents rhumatismaux ou syphilitiques, a travaillé autrefois dans une usine où on maniait le plomb et a eu divers symptômes d'intoxication saturnine.

En 1868, elle entre à la Salpétrière pour des douleurs fulgurantes accompagnées de crises gastriques. Les douleurs siégeaient dans les jambes, les bras, le cou, la tête et surtout dans l'œil droit.

En 1874, symptômes de tabes très complets. A la face, anesthésie des joues, surtout à gauche, dans la bouche et sur la langue ; le goût est aboli de ce côté, la luette est déviée à droite et la titillation du pharynx ne produit pas d'efforts de vomissements. *Violents maux de tête.*

Observation V

(*In* thèse de Pierret)

M. X..., 47 ans, a hérité de ses parents d'une complexion nerveuse très accentuée. A 15 ans, violentes migraines, névralgies du nerf sus-orbitaire. A 30 ans, il contracte un chancre induré, qui fut suivi de l'apparition de plaques muqueuses à l'anus et de perte des cheveux. Traitement insuffisant. A 35 ans, apparut une sciatique très rebelle, qui s'accompagnait de secousses musculaires dans les muscles des jambes. A 40 ans, douleurs vives, rapides, fulgurantes, tantôt sur les membres supérieurs ou inférieurs, tantôt au coin de l'orbite à droite ou à gauche ; l'oreille et le globe de l'œil droit sont souvent pris. Ici, l'hypéresthésie, contrairement à ce qui a été observé dans le cas précédent, est extrême dans l'intervalle des névralgies.

III. — DIABÈTE

Les troubles nerveux observés chez les diabétiques sont très variés. La motilité, la sensibilité, l'intelligence peuvent être atteints à des degrés différents et constituer des complications graves que le médecin doit savoir dépister et combattre.

Depuis longtemps on savait qu'il peut surgir chez ces malades des névralgies diverses, sous l'influence de refroidissements, de la fatigue ou de toute autre cause ; mais on ignorait qu'il existât une forme de névralgie ayant une physionomie particu-

lière. Il était réservé à Worms de reconnaître cette forme morbide et d'en faire une description originale, dont la symétrie est le grand caractère. L'attention du public médical fut attirée par la communication de Worms (1) et les cas sont nombreux de névralgies doubles observées au cours du diabète. Cependant nous devons dire que si les nerfs sciatiques sont souvent lésés (2), les cas de névralgies faciales sont, au contraire, très rares.

Quelques auteurs ont voulu donner des névralgies diabétiques un tableau clinique spécial en se fondant sur le mode d'apparition brusque, sur l'atrocité et sur le retour fréquent des paroxysmes douloureux. Il nous paraît difficile d'attribuer une forme spéciale à ces sortes de névralgies, et nous pensons, d'une façon très générale, que les nerfs répondent identiquement aux agents morbides variés qui les impressionnent.

Malgré tout, il est un caractère primordial à inscrire en tête d'un chapitre sur les névralgies diabétiques, à retenir par le médecin, c'est leur symétrie, leur bilatéralité. Worms a eu le mérite d'insister le premier sur ce point capital.

Les névralgies diabétiques sont-elles d'origine périphérique ou d'origine centrale ? Les exemples de névralgies faciales doubles sont encore trop peu nombreux pour se prononcer à cet endroit.

Certaines considérations plaident en faveur d'une origine centrale, la ténacité de la névralgie frappant des nerfs homologues, survenant sans cause externe saisissable, sans élévation thermique.

D'un autre côté, l'absence de tout autre symptôme bulbaire

---

(1) Worms, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1880, p. 1001.

(2) Jouve, thèse de Montpellier, 1898.

ou cérébral ne milite pas en faveur de cette hypothèse. Les meilleurs arguments pour trancher cette question viendraient de l'anatomie pathologique ; malheureusement aucune autopsie de ce genre de malade n'a jamais encore été faite. On sait cependant, par des études expérimentales bien conduites, que certains diabètes ont pour origine une lésion des centres nerveux, au niveau du quatrième ventricule. Or les noyaux d'origine des trijumeaux sont en grande partie cachés sous le plancher de cette région bulbaire ; il n'est donc pas impossible que ces noyaux soient quelquefois touchés par irradiation des lésions. La symétrie serait en faveur de cette hypothèse

Il reste à nous demander l'essence intime du processus anatomique.

Selon Pavy, les lésions nerveuses ne dépendent pas directement du diabète ; mais elles se développent par l'action des mêmes causes (arthritisme), qu'il s'agisse de lésions cérébrales ou de névrites périphériques.

M. Huchard pense que ces névralgies ont pour cause l'arthritis. Marchal de Calvi incriminait déjà la diathèse urique qui tenait sous sa dépendance les névralgies et le diabète ; Peter, Cornillon, confirment ces vues pathogéniques.

Toutes les névralgies qui se développent dans le cours du diabète ne sont pas d'origine glycémique. Avant de se prononcer catégoriquement pour une névralgie diabétique, on est obligé le plus souvent d'attendre, d'observer la marche que suit la douleur, de bien s'assurer de la bilatéralité de l'affection, de rechercher dans les précédents du malade si la névralgie a éclaté subitement, sans cause extérieure appréciable, ou s'il y a eu un motif (dents cariées, refroidissement, etc.) capable d'expliquer son apparition. Alors seulement on aura un diagnostic solide. Enfin, dans la grande majorité des cas, et c'est

une façon quelquefois de faire le diagnostic rétrospectif, elle cède au traitement antidiabétique, tandis qu'elle résiste aux médicaments ordinaires des douleurs névralgiques.

C'est ce qui s'est passé dans le cas historique publié par Worms et dont voici l'observation *in-extenso:*

Observation VI

(*In* Worms, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 819. — 1880)

Au mois d'octobre 1878, je fus appelé auprès de M. X..., âgé de 63 ans, qui avait eu, au printemps précédent, une bronchite accompagnée d'hémoptysie, pour laquelle il s'était fort peu soigné. Jusque-là, sa santé avait été très bonne. M. X... avait passé une existence très active, très élégante, montant à cheval, chassant, etc. Il existait des antécédents goutteux dans sa famille ; mais lui-même, à part des accès de jaunisse qu'il avait eus de loin en loin, s'était toujours bien porté. La bonne opinion qu'il avait de ses forces et de sa santé lui avait fait traiter avec beaucoup de négligence la première indisposition sérieuse dont il venait d'être atteint.

A l'époque où je l'examinai pour la première fois, je constatai une affection tuberculeuse très caractérisée, surtout au sommet gauche, où il existait de petites excavations. L'expectoration contenait des éléments élastiques. Je conseillai un régime approprié à cet état, sans avoir eu l'idée de rechercher une cause plus profonde à une affection nettement déterminée, et dont l'origine pouvait être attribuée au genre d'existence qu'avait mené X...

Vers le milieu d'octobre 1878, il me fit appeler en toute hâte à la campagne ; il venait d'être atteint d'une douleur into-

lérable qui siégeait des deux côtés dans le maxillaire inférieur, et qui avait le caractère classique d'une névralgie des nerfs dentaires inférieurs : mais elle présentait ce caractère particulier d'être symétrique. Les dents étaient en très bon état et ne pouvaient être la cause d'un pareil phénomène.

La névralgie était exactement limitée au nerf dentaire inférieur ; ni la langue, ni le maxillaire inférieur, ni le facial, ni l'articulation temporo-maxillaire n'étaient affectés. La douleur était térébrante et tellement violente, que le malade, homme très énergique, demandait à grands cris du chloroforme et ne parlait de rien moins que de se suicider pour échapper à ses souffrances.

Devant la bizarrerie de cette manifestation symétrique, je me demandai si je ne me trouvais pas devant un cas de névralgie diabétique. Quoique M. X... ne présentât aucun indice de glycosurie, j'examinai les urines. Je constatai la présence d'environ 25 gr. de sucre par litre ; le malade n'émettait pas plus d'un litre et demi d'urine en 24 heures.

Finalement, je mis le malade au régime classique et, au bout de trois jours, j'eus la satisfaction de voir disparaître la névralgie symétrique en même temps que le glycose tombait à 10 gr. par litre. Le régime put être maintenu ; mais la tuberculisation fit des progrès rapides et, au bout de cinq mois, le malade succomba aux suites d'une pleurésie et d'une nouvelle hémoptysie.

IV. — PALUDISME

Dans tous les traités classiques du paludisme on signale, parmi les symptômes nerveux de cette infection, les névralgies et, parmi les plus fréquentes, la névralgie faciale. Mais c'est à peine si le nom de névralgies doubles est prononcé. On ne

saurait cependant nier que l'infection malarique, au même titre que toutes les grandes infections, peut produire des névralgies bilatérales, et il est aisé de se rendre compte combien le diagnostic, dans ces cas, entraîne vite pour le malade un soulagement thérapeutique.

C'est surtout en considérant les antécédents des malades, les circonstances dans lesquelles apparaissent les névralgies et les phénomèmes concomitants que l'on peut arriver à poser ce diagnostic. Il faut, avant tout, considérer le rythme selon lequel se produisent les accès : une névralgie qui revient tous les jours à la même heure dans la matinée, est très probablement une névralgie palustre. Ce diagnostic peut être porté avec certitude, si les accès se renouvellent suivant le type tierce ou le type quarte, et s'ils sont accompagnés d'une élévation légère de la température. Les accès vespéraux et apyrétiques n'ont pas la même signification, car on les observe dans d'autres formes. Il faut, dans le doute, rechercher si le malade a été soumis à l'influence maremmatique, explorer la rate et donner le sulfate de quinine. La disparition des accidents sous l'influence de ce médicament sera une nouvelle présomption en faveur d'une affection palustre, mais non une preuve absolue, car on admet communément aujourd'hui qu'il exerce une influence favorable dans la plupart des cas où l'intermittence est nettement accusée. Tant et si bien qu'on discute encore sur la nature des névralgies périodiques de la branche ophtalmique du trijumeau. Tandis que les uns considèrent ces névralgies comme des fièvres larvées, d'autres se refusent à les regarder comme telles (1).

---

(1) Pour résoudre la question, Thomayer a eu recours à la géographie médicale. Sur 13.000 malades ayant passé à la clinique de l'Université de Prague, 34 étaient atteints de névralgies sus-orbitaires, dont 3 doubles et 17 d'infection malarique. Sur les 34 névral-

Les névralgies qui se montrent sous l'influence de l'intoxication palustre sont, le plus souvent, d'origine congestive, et l'on sait quel est le rôle de la congestion viscérale dans le cours des fièvres périodiques. Cependant, à la longue, la sclérose peut succéder aux congestions répétées et déterminer, soit du côté des centres, soit dans le névrilème, des troubles permanents qui ne cèdent plus aux préparations quiniques et qui comportent un pronostic bien autrement grave.

V. — CAUSES DIVERSES

Nous avons rangé sous ce titre les causes variées et plus rares des névralgies faciales bilatérales.

Les livres classiques sont presque muets sur les névralgies doubles de la goutte, du saturnisme, dans leur siège facial. Au contraire, ils abondent en détail sur les sciatiques doubles. Or, il n'est pas douteux que si ces maladies déterminent des névralgies spéciales bilatérales, elles peuvent aussi bien frapper leurs coups sur les nerfs crâniens. Malheureusement, il n'en existe pas d'observations publiées.

De même, les causes plus banales, telles que la carie dentaire, développent quelquefois des névralgies doubles des nerfs maxillaires, et on serait impardonnable de ne pas y penser avant d'aller rechercher les grandes infections ou intoxications. Cependant, et d'une façon schématique, on peut poser, en thèse générale, qu'une névralgie double est plutôt sympto-

---

giques, 19 avaient habité des pays où la malaria était inconnue ; pour les autres, on ne saurait dire que l'infection paludéenne ait été sûrement évitée.

matique d'une toxi-infection ou d'une diathèse, que d'une lésion locale.

Nous n'avons pas même envisagé, dans notre revue étiologique, la question des névralgies doubles idiopathiques. En effet, les névralgies ne sont jamais essentielles ; si on les dit quelquefois telles, c'est uniquement pour masquer l'ignorance où on se trouve de leurs causes. En admettant même que l'on conserve ce terme pour quelques rares névralgies simples, il n'est plus de mise, en ce qui concerne les névralgies doubles, qui sont, presque par essence, symptomatiques.

PRINCIPES DE DIAGNOSTIC

Nous avons assez insisté, à propos des éléments étiologiques principaux des névralgies faciales doubles, sur le diagnostic, pour nous contenter, dans ce chapitre d'ensemble, d'en exposer les grands principes.

I. On doit, tout d'abord, se demander si on est en présence d'une névralgie double ou d'une affection la simulant, et, lorsqu'on a reconnu sa réalité clinique, rechercher quelle en est la cause prochaine.

La névralgie tire son individualité des quelques caractères suivants : correspondance des douleurs avec le trajet d'un nerf, rémittence ou intermittence des accès, tendance aux irradiations, points douloureux à la pression.

On n'aura pas de peine à en distinguer la céphalée vulgaire, les migraines, les simples odontalgies, etc. Il n'y a pas à faire de diagnostic différentiel avec le tabes, car nous admettons que les douleurs des tabétiques sont très souvent des douleurs névralgiques. Il faut seulement s'assurer que les névralgies doubles ne sont pas le prélude d'un tabes au début.

II. Le diagnostic de la cause a toujours un grand intérêt. D'abord s'enquérir des antécédents possibles de syphilis ou de diabète. Ce sont ceux que l'on relèvera le plus fréquemment.

L'intervention de la malaria est possible et importante à mettre en lumière. Nous avons montré plus haut les caractères des accès névralgiques chez les paludéens et n'y revenons pas ici.

La goutte, le saturnisme seront aussi recherchés avec soin, et, si malgré cet interrogatoire méticuleux, où toutes les grandes maladies générales communes auront été passées en revue, le clinicien reste dans le doute de la cause étiologique, il a encore par devers lui deux criteriums : la quinine et le mercure. Point n'est besoin pour instituer ces traitements d'avoir une certitude absolue de paludisme ou de syphilis, le moindre soupçon doit forcer la main du thérapeute. Du reste, la vérité sera bien vite connue par la réussite ou l'insuccès du traitement mis en œuvre.

DES NÉVRALGIES SYMÉTRIQUES EN GÉNÉRAL

La symétrie n'est pas, en pathologie, un phénomène exceptionnel, les ophtalmies, l'asphyxie et la gangrène des extrémités, certaines éruptions de la peau en sont des exemples, à titres divers.

Dans l'ophtalmie, la symétrie n'est que secondaire, les deux yeux se prennent l'un après l'autre, et c'est par une action réflexe, partie d'un œil et renvoyée sur l'autre par le centre, qu'on explique ce phénomène, sans que le centre nerveux soit lui-même forcément altéré.

Mais on admet, d'un commun accord, que les dermatoneuroses, les gangrènes symétriques ont besoin, pour se produire, d'une altération centrale des nerfs trophiques ou vaso-moteurs. De même, une lésion centrale dans les zones sensitives doit rendre compte des névralgies symétriques.

Dans les névralgies doubles siégeant sur les nerfs spinaux, on ne fait aucune difficulté pour admettre qu'un segment de moelle ou de ses enveloppes est atteint, et que les noyaux des deux nerfs symétriques sont touchés en même temps.

Dans la sphère des nerfs crâniens, on fait à cette explication pathogénique quelques objections :

I. On a objecté que les noyaux réels sont souvent multiples et éloignés.

Cet argument n'a pas grande valeur. A considérer les choses comme les anatomistes, il est certain que le trijumeau, par exemple, a deux origines réelles (motrice pour le masticateur, sensitive pour la grosse racine) assez distantes l'une de l'autre. Mais, somme toute, cet accolement fortuit de deux nerfs si dissemblables n'existe que pour l'anatomiste et ne doit pas être conservé par le clinicien. Le masticateur doit être rapproché du facial inférieur, dont il partage les mêmes destinées physiologiques, la grosse racine restant seule le nerf sensitif de la face.

II. On a dit encore que les origines apparentes sont éloignées les unes des autres.

On ne saurait le nier, mais il n'est pas impossible que deux plaques de méningite, quelle que soit leur nature, ne puissent, par leur formation symétrique au niveau des points d'émergence des nerfs de la cinquième paire, produire une névralgie double. Ce qui tendrait cependant à faire considérer cette explication pathogénique comme très exceptionnelle, c'est que, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, le nerf masticateur a toujours été indemne.

Il n'y a donc pas de raison majeure, décisive, qui empêche d'invoquer une même pathogénie pour les névralgies doubles spinales et cérébrales.

Rien n'est plus comparable et rien n'est plus instructif, aux divers points de vue de physiologie pathologique, comme d'étiologie, que ces deux sortes de nerfs spinaux et cérébraux. « La vieille distinction entre nerfs crâniens et nerfs rachidiens n'est bonne à rien pour le clinicien ; elle est inutile et serait inacceptable, si on voulait lui accorder quelque importance..... La moelle d'un côté, le bulbe et le mésocéphale de l'autre, sont des parties d'un même appareil. La seule différence réside dans une question de géographie, rachis ou crâne, et c'est là chose

absolument secondaire. Les neurones centraux inférieurs ont la même signification, qu'ils soient dans le mésocéphale, dans le bulbe ou dans la moelle..... Il est impossible d'admettre que l'atlas constitue une ligne de démarcation réelle et utile entre les uns et les autres. » (Grasset (1).

Le nerf trijumeau doit être considéré comme représentant les racines postérieures de presque tous les nerfs moteurs de la face. Chez certains animaux vertébrés inférieurs, on voit les branches motrices et sensitives de la face non dissociées et les branches motrices suivre les branches sensitives du trijumeau. (Pierret).

Ceci nous amène à dire un mot de la doctrine de la métamérie des centres nerveux, doctrine déjà ancienne, remise en grand honneur dans ces derniers temps par Brissaud (2), et qui nous sera d'un puissant auxiliaire pour éclairer la pathogénie des névralgies symétriques.

D'après cette théorie, le système nerveux est formé par la superposition de segments ou métamères, composés chacun de cellules et d'expansions périphériques. A chacun de ces métamères correspond, chez l'individu, une tranche, un segment, innervé par une paire segmentaire ou métamérique. L'ensemble de tous ces métamères constitue le névraxe ; ils ont entre eux des connexions, mais gardent vis-à-vis les uns des autres une indépendance relative.

Un métamère comprend des neurones sensitifs et des neurones moteurs. Les prolongements de ces deux variétés de neurones se réunissent le plus souvent dans l'économie pour former les nerfs mixtes ; ils peuvent aussi, pour se rendre à leurs points de terminaison, prendre des chemins différents.

---

(1) Grasset, *in Leçons de clinique médicale*, 1898.

(2) Brissaud, *in Leçons sur les maladies du système nerveux.* Paris, 1895.

Les agents morbides peuvent atteindre à la fois les deux espèces de neurones ou s'attaquer seulement à l'une d'entre elles.

Si l'impression pathogène se fait sentir plus à la périphérie qu'au centre, apparaîtra, selon la nature des nerfs frappés, une névralgie ou une paralysie simple. Au contraire, que les centres soient surtout impressionnés par certains poisons d'élection et altérés, survient une névralgie ou une paralysie double.

Enfin une troisième façon d'être lésés existe pour eux, c'est l'ascension des lésions périphériques, faisant traînée de poudre, atteignant les cellules centrales d'une moitié du névraxe, puis de l'autre, et réalisant dès lors un syndrôme nerveux bilatéral. La dissémination des lésions entraîne la diffusion des symptômes (1).

Les agents morbides ont, dans leurs localisations, des préférences inconstantes et encore inexplicables. Les uns frappent plus habituellement les nerfs moteurs (paralysie faciale et paralysie des nerfs moteurs de l'œil d'origine syphilitique) ; les autres, les nerfs sensitifs (névralgies intercostales des chloro-anémiques). Certains élisent lieu d'élection dans la moelle (sciatiques de source goutteuse ou diabétique), quelques-uns dans le cerveau (névralgies syphilitiques).

Mais on voit que tout cela a même signification diagnostique et même raison d'anatomie physiologique. Les causes morbides varient peu, les organes affectés ont la même structure, les lésions sont de nature analogue et les différences dans l'expression symptomatique tiennent exclusivement aux con-

(1) Du reste, cette dernière hypothèse pathogénique a un fondement clinique, dans les cas nombreux où une névralgie primitivement unilatérale devient ensuite bilatérale.

nexions différentes qu'affectent à leurs extrémités les fibres motrices et les fibres sensitives. Paralysie faciale double ou névralgie faciale double sont choses très voisines ; dans les deux cas un segment métamérique est pris tout entier ; mais tandis que dans le premier la partie motrice est atteinte, c'est la partie sensitive dans le second.

En dernière analyse, et pour clore ce chapitre de pathologie comparée, nous dirons que la névralgie double du trijumeau revient à une atteinte plus ou moins profonde et en des points variés (1) d'un segment métamérique bulbaire. La cause réside dans une maladie générale dont la plus fréquente est la syphilis.

---

(1) Nous disons « en des points variés », ne voulant pas être trop absolu, malgré notre croyance en l'origine presque toujours centrale des névralgies doubles. Il n'est, du reste, pas impossible que les nerfs périphériques soient frappés à la fois sans atteinte du centre bulbaire.

CONCLUSIONS

I. — La connaissance de l'étiologie des névralgies est d'une extrême importance, car c'est d'elle que dérive l'indication thérapeutique, tandis que la connaissance du simple diagnostic clinique conduit seulement à la thérapeutique de la douleur qui sera souvent vaine quand le traitement de fond ne sera pas institué.

II. — Toute névralgie est symptomatique et résulte soit d'un état local, soit d'un état général. Cependant les névralgies faciales doubles, comme les névralgies symétriques, en général, sont bien plus souvent symptomatiques d'un état général que d'un état local.

III. — Toutes les maladies générales, toxi-infectieuses ou diathésiques, sont susceptibles de produire des névralgies doubles de la face. Mais notre travail impose à l'esprit ce fait que la syphilis d'abord, le diabète ensuite, jouent dans cette genèse un rôle prépondérant.

IV. — Sans être aussi fréquentes et sans comporter ce cachet de spécificité que portent avec elles les paralysies de la troisième paire, elles n'en sont pas moins un signe précieux de syphilis.

V. — Comme notion pratique et pour terminer, nous dirons que la bilatéralité d'une névralgie faciale doit faire penser tout de suite à la syphilis et au diabète, ce qui lui donne une puissante valeur séméiologique.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 novembre 1898.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu :
Montpellier, le 20 novembre 1898
Le Doyen,
L. VIALLETON.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION. 7

DÉFINITION DES NÉVRALGIES DOUBLES 9

ÉTIOLOGIE 10

ÉLÉMENTS ÉTIOLOGIQUES PRÉPONDÉRANTS :

1° Syphilis 14

2° Tabes. 22

3° Diabète 25

4° Paludisme. 29

5° Causes diverses. 31

PRINCIPES DE DIAGNOSTIC 33

NÉVRALGIES DOUBLES EN GÉNÉRAL (Synthèse). . . . 35

CONCLUSIONS 40

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux en verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !